

## SCHRIK ALS LEIDRAAD

Nu de eerste piek van de coronacrisis in ons land voorbij lijkt, komen vermoeide zorgverleners met hun ervaringen, zorgen, en twijfels naar buiten.

*“In het begin van de epidemie zat de schrik er goed in dat patiënten met een kleine overlevingskans bedden zou bezetten, die later nodig zouden zijn voor patiënten die meer kans maakten. De keuzes waren soms hard, geven verschillende artsen toe”* (DS 20 mei, blz 3, [https://www.standaard.be/cnt/dmf20200519\\_04966065](https://www.standaard.be/cnt/dmf20200519_04966065)).

Na dit gelezen te hebben, zit de schrik er bij mij goed in. Want verschillende artsen (we noemen geen namen...) hebben zich dus laten leiden door “de schrik”, en dit om zieken te selecteren die geen maximale levensreddende behandeling gekregen hebben: “harde keuzes”.

Wat denkt u daarvan, beste humanistische lezer?

Het is van deze dokters geen verspreking na een uitputtende nacht; want één van hen vervolgt: *“Dergelijke moeilijke ethische beslissingen wegen zwaar op het moreel van het zorgpersoneel. Vandaag, met de piek achter ons, moeten we die keuzes voorlopig niet meer maken”*. Ja, het is “voorlopig”, want er komen nog nieuwe pieken, met bijgevolg nieuwe keuzes: wie wèl, wie niet.

Vroeger lazen we ook al: *We staan voor een verschrikkelijk ethisch dilemma*’, zegt prof Jan De Lepeleire. *‘Elke dag doen we in de ouderenzorg aan vroegtijdige zorgplanning en beslissen we of bewoners nog worden behandeld. Hoeveel moeten we gaan om mensen die al aan het einde van hun leven zijn te redden? Dat is de vraag waarvoor we staan.’* [https://www.standaard.be/cnt/dmf20200409\\_04918761](https://www.standaard.be/cnt/dmf20200409_04918761)

Laten we even rustig blijven, en kijken waar welke fouten zitten.

Is schrik een aanvaardbare leidraad bij het nemen van beslissingen over de therapie van zieken? Zeker niet in geval die schrik niet de zieke betreft, maar een onbestaand tekort aan beschikbare bedden. Want kort voor de grote golf infecties ons land bereikte, hebben alle ziekenhuizen zich geherstructureerd: het aantal bedden intensieve zorgen werd zowat verdubbeld (berekend over het hele land); artsen en verplegenden verhuisden naar de COVID afdelingen, terwijl andere niet-dringende consulten en ingrepen werden uitgesteld (patiënten verwittigd), enz. Chapeau voor al deze organisaties, al dit personeel, en voor de perfecte timing, want tijdig vooraleer de grote golf longontstekingen aankwam die hospitalisatie vereisten.

De schrik (waarschijnlijk reëel) gold een hypothetische situatie in de toekomst; daarop anticepeerde men dus, met een selectie van zieken. Maar er is een andere morele keuze, die volgens mij ook wettelijk verplicht is: meteen de patiënt die potentieel in levensgevaar verkeert, maximaal

behandelen, en tevens naar de toekomst toe, het aantal beschikbare bedden en apparatuur verhogen. Dat laatste heeft men dus gedaan, en goed gedaan. Daarom was een selectie van patiënten volstrekt uit den boze. Ook de Orde der Artsen schrijft: *“Zolang de capaciteit van het ziekenhuis niet dreigt te worden overschreden, stelt de vraag zich niet omtrent de behandelingsplicht en de ethische aspecten bij het maken van keuzes in de COVID-19-crisis. Op heden moet de ziekenhuisarts aan iedere patiënt die zich aanbiedt de nodige kwaliteitsvolle zorg verstrekken.(...) Het is aangewezen om afspraken te maken met andere ziekenhuizen om te anticiperen op een tekort aan bedden of medische apparatuur. Het is onbetwistbaar dat een ziekenhuisinstelling die beschikt over de nodige capaciteit de patiënt de nodige kwaliteitsvolle zorg moet verstrekken”* (16 april, Bureau Nationale Raad).

Inzake de wetgeving is hulp aan wie in nood verkeert, een verplichting voor ieder ander persoon, gezondheidswerker of niet. Johan Vande Lanotte, jurist, hoogleraar U.Gent, maakte al eerder duidelijk dat niet-selectie van een zieke zou kunnen voor de rechtbank gebracht worden. *“Ik voel me helemaal niet goed bij de keuzes die er gemaakt zijn rond de woonzorgcentra. Mocht mijn vader daar nog gezeten hebben, en niet de zorg gekregen hebben die hij nodig had, dat zou ik naar de rechter gestapt zijn.”*

[https://www.standaard.be/cnt/dmf20200508\\_04951845](https://www.standaard.be/cnt/dmf20200508_04951845)

[https://www.standaard.be/cnt/dmf20200512\\_04956257](https://www.standaard.be/cnt/dmf20200512_04956257)

Neen, ik zou dus niet in dat ziekenhuis willen verzorgd worden, noch door die artsen die zich door schrik laten leiden, en die op voorhand de behandeling aanpassen aan de veronderstelde toekomstige middelen, in plaats van de middelen aan te passen aan de patiënten.

In dit tweede alternatief is het dan van geen belang meer of het de ouderen zijn die afgeschreven worden, dan wel de zwaarst zieken, dan wel juist deze laatsten de voorrang krijgen, of nog, volgens het uur van opname. Van al deze diverse criteria hoorden we voorstanders in de media (we gaan de vraag uit de weg, of een dure hospitalisatieverzekering en een één-persoonskamer een rol kunnen spelen; of voorspraak door de hoofdchirurg).

## **Individu versus kansrekening**

In het beredeneren van de triage-modaliteiten zien we nog een andere denkfout. Het lot van een specifieke patiënt wordt afhankelijk gemaakt van de kansrekening over de vooruitzichten op genezing van een grote groep patiënten die vergelijkbare kenmerken hebben (zoals leeftijd, roker, chronische maar succesvol behandelde ziekten zoals hoge bloeddruk, suikerziekte, obesitas, eerdere hartproblemen, bloedcholesterol, en andere. Die lijst kenmerken, genoemd risicofactoren, kan worden gewijzigd door de arts op basis van een (nieuwe) statistiek waaruit een zekere correlatie blijkt met de prognose. De individuele patiënt wordt dus gelijkgesteld met de gemiddelde kans van de onderzochte groep. Echter, in werkelijkheid

evolueren vele personen niet volgens dat gemiddelde, maar gunstiger, of minder gunstig – d t *individueel* verloop is niet wetenschappelijk voorspelbaar. Iedereen weet dat eigenlijk wel: “Hoeveel tijd heb ik nog, dokter?” “Dat hangt er vanaf, moeilijk te voorspellen. Gemiddeld is het zes maand, maar het kan ook drie jaar zijn; misschien sterft u van iets anders”. Het reduceren van een persoon tot het gemiddelde van een groep past ook niet in het vrijzinnig humanisme, lijkt mij.

21 mei 2020.

Frank Roels,  
prof. em. Fac Geneeskunde, U.Gent